



Projet de décret d'application de la loi HPST sur la continuité des soins

Propositions rédactionnelles et argumentaire

18 octobre 2009

1. Argumentaire

1.1. Philosophie générale du dispositif

Comme expliqué dans la fiche de présentation, l'objectif de ce dispositif est d'identifier les zones où la continuité des soins n'est pas effective et de réfléchir à des solutions permettant d'y remédier.

1.2. Éviter les lourdeurs administratives inutiles

Pour que le dispositif puisse fonctionner correctement, il est indispensable de ne pas engorger les Conseils de l'Ordre de remontées « inutiles » et de ne pas augmenter la charge administrative pour les médecins qui se sont organisés afin de répondre durablement à l'obligation déontologique de continuité des soins.

Ainsi, il semble judicieux d'exclure les situations où la continuité des soins est assurée par essence (remplacement mais aussi cabinets de groupe, maisons de santé, pôles de santé, convention entre médecins). En effet, dans ces situations, le Conseil de l'Ordre dispose déjà des éléments d'organisation de la continuité des soins et des noms des confrères l'assurant (contrat de remplacement, contrat d'association, charte, convention, etc.).

1.3. Privilégier les solutions pérennes

En ce qui concerne les solutions aux difficultés de continuité des soins, évoquées dans le décret, il est indispensable qu'elles soient des solutions pérennes plutôt que des décisions à court terme, peu constructives, telles que les réquisitions de médecins par le directeur de l'ARS.

1.4. Adapter la législation à l'exercice moderne de la médecine

Le fait de communiquer un nom unique de confrère susceptible de prendre en charge les patients pose deux problèmes :

- il s'agit d'un type de réponse « archaïque » et peu utilisé dans la mesure où les solutions actuelles et d'avenir sont plutôt collectives, plusieurs médecins prenant en charge les patients d'un confrère absent ;
- communiquer un nom de confrère nécessite que ce dernier soit averti et d'accord pour assurer la continuité des soins, l'accord écrit n'étant pas envisageable du fait des lourdeurs administratives qu'il entraînerait.

1.5. Supprimer le délai de déclaration

Le délai de 2 mois n'a pas de sens dans la pratique puisque toute brèche dans la continuité des soins doit être notifiée au Conseil de l'Ordre, même dans des délais les plus courts. Ceci est indispensable afin de permettre la recherche de solutions pérennes évoquées plus haut.

1.6. Asseoir les missions de l'Ordre

Il est indispensable, dans ce texte, d'asseoir le rôle du Conseil de l'Ordre en matière de veille et de recherche de solutions (pérennes) aux difficultés éventuellement identifiées.



1.7. Ne pas empiéter sur les périodes de permanence des soins

Enfin, la référence aux jours fériés n'est pas nécessaire dans la mesure où cette situation est déjà réglée par l'inclusion des « ponts » dans le dispositif de permanence des soins, d'ailleurs entérinée dans le décret d'application sur la permanence des soins.

2. Proposition rédactionnelle

« **Art. R. 6316-1.** – A défaut de remplaçant ou d'organisation entre confrères permettant d'assurer l'obligation de continuité de soins, tout médecin avertit à l'avance le conseil départemental de l'ordre des médecins de ses absences programmées de plus de six jours.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins assure une veille de la présence des médecins en activité sur un territoire, recherche des solutions en cas de difficulté pour assurer la continuité des soins et informe le directeur général de l'agence régionale de santé de la situation. »